

健康診断申込書(FAX 0228-45-3245)

貴事業所名		
貴事業所所在地	〒	
電話番号 / FAX	電話番号 ()	FAX ()
ご請求先（上記事業所と違う場合記入下さい）	事業所名	所在地
	電話番号 ()	FAX ()
ご担当者名	様	
健康診断希望日程		
健診の種類および受診予定者数	① 定期健康診断 (法定健診項目) 35歳未満	名
	② 生活習慣病予防健診 (協会けんぽ) 35歳以上	名
	③	名
	④	名
	⑤ その他 []	名
	⑥ その他 []	名
	⑦ その他 []	名
	⑧ その他 []	名
各健診の詳細は、「健診ご案内」をご参照下さい。	[ご要望等]	
結果報告について必ずチェックして下さい。	☐ ①事業所へは法定健診項目の通知のみでよい。 ☐ ②事業所へは法定検診項目の他、()の結果も通知してほしい。 ☐ ③事業所へは法定外項目も含めて全ての健診結果を通知してほしい ★②③をご要望の事業所様へ・・・個人情報保護法への対応上、法定外項目結果を受診者以外に通知するにあたっては、受診者本人の同意が必要です。貴事業所での対応について確認の上、以下にご署名願います。 事業所の責任において、事業所が法定外健診項目の結果通知を受けることについて、当該受診者へ説明し、同意を得ていることを誓約いたします。 事業所名 _____ 責任者名 _____ 印	
その他ご要望等		
料金お支払い方法	一括請求 (宛名: 会社 ・ 他) 当日個別支払い・その他 () * 宛名指定 [会社名]	

(公財) 宮城厚生協会 くりこまクリニック

〒989-5301 栗原市栗駒岩ヶ崎上小路153

TEL : 0228-45-2128 FAX : 0228-45-3245